

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

371

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 30 juillet 1892, à 1 heure

Par HENRY MARTY

Né à Bussac (Dordogne), le 23 juin 1864

ÉTUDE HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

SUR

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

PENDANT LES ANNÉES 1889-1890-1891

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { BALLET, professeur.
 { SCHWARTZ, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0057

371

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

371

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 30 juillet 1892, à 1 heure

Par HENRY MARTY

Né à Bussac (Dordogne), le 23 juin 1864

ÉTUDE HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

SUR

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

PENDANT LES ANNÉES 1889-1890-1891

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { BALLET, professeur.
 { SCHWARTZ, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfant	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agréés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTÉTER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1788, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA TANTE

A MA MARRAINE

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LANCEREAUX, DUMONTPALLIER
TILLAUX

PRÉFACE

L'évolution de la chirurgie abdominale a été si rapide pendant ces dernières années, que les problèmes que soulèvent l'intervention sanglante et la technique opératoire semblent sans cesse se modifier et prendre pour ainsi dire un autre aspect. Celui qui veut établir l'historique d'une question se trouve fort embarrassé devant la masse énorme des matériaux qu'il lui faut consulter. Il nous a semblé qu'un travail de ce genre pourrait présenter quelque utilité pour les chercheurs, et ayant été témoin d'un certain nombre d'hystérectomies totales pour des cas de cancer, myome ou même d'affections des annexes, nous avons étudié de près les indications, les procédés opératoires et les principales opinions qui se sont fait jour pendant ces trois dernières années. M. Laboulbène a bien voulu nous encourager de ses conseils. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

HYSTÉRECTOMIE POUR LES CAS DE CANCER

Les phénomènes que détermine le cancer sont parfois si pénibles, ils rendent la vie des malheureuses qui en sont atteintes si insupportable que l'on est porté tout naturellement à délivrer les malades de cette horrible affection, même quand ce ne serait que temporairement et qu'il faudrait mettre sérieusement sa vie en danger par une opération des plus dangereuses et des plus difficiles. Ajoutez à cela que le chiffre de la mortalité opératoire a singulièrement diminué depuis quelque temps et vous comprendrez le chiffre si considérable d'hystérectomies qui ont été faites ses dernières années. Sauf, peut-être, Lawson Tait qui continue à regarder l'hystérectomie pour les cas de cancer comme une mauvaise opération (Voir son *Traité de gynécologie*), les chirurgiens à l'heure actuelle, même les plus circonspects, n'hésitent pas à pratiquer l'extirpation de l'utérus quand la femme est jeune et que le cancer est bien limité. C'est l'opinion que soutient Pozzi

dans son remarquable traité. Beaucoup à l'étranger et en France se montrent plus hardis et semblent rejeter même dans les cas où l'opération de Schröder semble indiquer l'évidement conoïde du col.

Il semble en effet que les recherches de Veit et de Ruge entreprises en 1878 sont moins exactes que ne l'avait supposé Schröder, et que le cancer ait plus de tendance qu'on ne l'avait crû à envahir le corps de l'utérus. Schauta, *Prager medical Wochenschrift*, n. 28, 1888 et Binswanger 1889, *Centralblatt f. gynecol.* n. 20, ont publié des cas dans lesquels un cancer très limité du col ou du canal cervical avait déterminé à distance dans le fond de l'utérus un noyau carcinomateux.

Léopold en a cité en 1889 un nouvel exemple très probant (*ein Fall von circumscripter cervix Adenome und gleichzeitigen isolirten Krebsknoten im fundus uteri. Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 675, n. 30, 29 juillet 1889).

La plupart des praticiens s'en tiennent encore aux vues formulées par Pozzi au congrès de chirurgie tenu à Paris en 1888 (*indications et technique de l'ystérectomie vaginale*). Suivant cet habile gynécologue l'extirpation totale de l'utérus cancéreux ne devrait pas être tentée quand l'envahissement des ligaments est rendu

probable par l'absence de mobilité de l'organe et la difficulté de son abaissement après anesthésie. Il en serait de même quand l'on constate un envahissement secondaire même très limité du canal vaginal.

Cependant le perfectionnement de la méthode de Freund et la méthode de Kraske appliquée au cancer de l'utérus, paraissent devoir permettre l'hystérectomie même dans les cas où elle semble contre-indiquée par le vagin (*Munchmeyer Berliner klinische Wochenschrift*, n° 30 1889).

Ce qui domine la question de l'hystérectomie pour les cas de cancer c'est la *survie*. Or, celle-ci ne semble pas malheureusement être bien grande.

A la réunion des gynécologues allemands qui a eu lieu en 1889 (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n. 30, p. 685, 29 juillet 1889). Freund a cité, il est vrai, le cas d'une femme opérée par lui et qui depuis 11 ans n'a point eu de récurrence. Munchmeyer (*Über die Weitere Verwerthung der enderesultaten der Totalextirpation des utérus*, id) a cité une série de cas d'extirpations d'utérus cancéreux à la clinique gynécologique de Dresde ; 37 des opérées sont restées un an sans récurrence, mais ce chiffre s'est beaucoup abaissé les trois années suivantes. Olshausen

dit qu'il faut craindre les récides quelque'éloignée que soit l'opération. Albert Tanner (*Beitrag zur Statistick, Prognose und Behandlung des gebärmutterskrebs. Arch. f. gynæk*, vol. XXXVII. § 3, p. 420, 1890) est revenu récemment sur cette question et il a publié la statistique des cas de cancers de l'utérus qui ont été opérés de juin 1883 à novembre 1889 à la clinique de gynécologie de Breslau. Sur les 183 cas, 60 ont été déjà publiés, 485 cas n'ont pas été opérables; 54 pour 100 des cas étaient en pleine activité sexuelle 48 pour 100 à la période de la ménopause. Il y a eu récide plus ou moins rapide dans 79 pour 100 des cas Hofmolk a publié sur le même sujet un article intéressant dans le *Munchener médical Wochenschrift* (volume XXXVII n. 42 et 43, 1890) Les chiffres publiés par lui ne sont pas très encourageants bien qu'il cite un cas de Schröder où il n'y a pas eu récide depuis 10 ans. La récide serait à peu près fatale dans les 3 ou 4 ans qui suivent l'opération quand la marche du mal indique qu'il faut recourir non pas à l'évidement conoïde du col, mais à l'extirpation totale. Hofmolk a soumis à une critique approfondie les cas de Kaltembach (*Festschrift für Hegar Stuttgart*, 1889) de Martin *Jahrbuch* CCXIV p. 45 de Munchmeyer et Léopold, (id. volume

CCXVI, p. 240) d'Olshausen, (*congrès de Berlin*) de Schauta (*Munchener médical Wochenschrift*, XXXVII, p. 33, 1890), et il trouve que les chiffres relevés par ces auteurs conduisent en somme aux mêmes résultats sauf ceux de Léopold. Mais il faut remarquer que cet auteur pratique le plus souvent de parti pris l'hystérectomie vaginale totale même dans les cas où l'opération de Schröder semble indiquée. Tout est là en effet et si on réserve *les cas bénins* à l'évidement conoïde du col, la statistique de l'hystérectomie vaginale totale semble être décidément mauvaise, du moins pour ce qui regarde la survie prolongée.

Procédés opératoires dans les cas de cancers de l'utérus. Opération de Freund.

A l'heure actuelle il semble que l'hystérectomie par la voie vaginale ait décidément le dessus sur le procédé de Freund. Une foule de bonnes raisons justifient en effet cette préférence. Cependant il ne paraît pas qu'il faille rejeter toujours et de parti pris l'extirpation par la voie abdominale. Celle-ci, d'après Pozzi, serait une bonne opération quand l'utérus cancéreux est très volumineux.

D'ailleurs Freund lui-même n'opère plus comme en 1878. Il libère le col de l'utérus par le vagin avant d'ouvrir l'abdomen. C'est le procédé qu'avait proposé Delpech en 1830. Cette ouverture des culs-de-sac péritonéaux facilite beaucoup l'opération et assure mieux l'hémostasie car on peut lier à l'avance les artères utérines. D'ailleurs non seulement on sait mieux maintenant lutter contre l'hémorrhagie, mais encore on évite plus facilement le choc traumatique par la durée moindre de l'opération, et l'infection septique par une antisepsie plus efficacement dirigée. Il est probable qu'avec ces perfectionnements le pronostic de l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale sera sérieusement amélioré et ne comportera plus comme autre fois une mortalité de plus de 72 pour 100.

Hystérectomie par la voie vaginale. — C'est le procédé de choix tant que l'utérus n'est pas volumineux et qu'il n'a pas envahi les régions voisines. Son manuel opératoire reste ce qu'il était auparavant, sauf quelques légères modifications. On abaisse toujours l'utérus, mais depuis quelque temps on soutient les culs-de-sac vaginaux avec une sorte de pince en T dont la partie horizontale forme de chaque côté une sorte de fourche. Cet instrument faciliterait

beaucoup l'incision des culs-de-sac, qui comme on le sait offrent parfois des difficultés assez grandes.

D'autre part on a cherché à rendre plus rapide l'opération elle-même (Über eine einfache und leichte methode der vaginalen total-Extirpation, par Liebmann. *Centralblatt f. gynæk.*, n° 15, 13 avril 1889).

Liebmann a recherché sur le cadavre un procédé simple et rapide d'hystérectomie vaginale et il le résume ainsi : Il commence par ouvrir largement le cul-de-sac postérieur du vagin et l'espace de Douglas. L'ouverture doit être assez étendue pour que l'indicateur puisse aisément parcourir toute la surface postérieure des ligaments larges et explorer l'utérus en arrière. Quelques points de suture sont ensuite placés pour réunir le péritoine à la paroi postérieure du vagin. Puis le cul-de-sac antérieur du vagin est ouvert à son tour largement dans la même étendue que le postérieur ; on sépare la vessie de la paroi antérieure du col, et on incise le repli vésico-utérin dans une largeur telle qu'on puisse aisément explorer la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges. Ces derniers se trouvent ainsi très accessibles au doigt. On suture le péritoine à la paroi antérieure du vagin. L'indicateur gauche est alors porté pro-

fondément derrière l'utérus et le fait basculer en avant. Une pince placée sur le col et confiée à un aide, maintient l'organe par en bas. Puis le même doigt va accrocher le bord supérieur du ligament large droit, et avec une aiguille de Deschamps très recourbée on place sur ce ligament 3 ou 4 ligatures superposées. On procède de la même façon du côté gauche pour le ligament correspondant et en commençant par la base du ligament; quand cette base est ligaturée, on sectionne de deux côtés les ligaments larges jusqu'à la hauteur de cette première ligature. On place une ligature plus haut et on sectionne jusqu'à ce niveau et ainsi de suite jusqu'à ce que la dernière ligature étant en place, on ait séparé complètement les deux ligaments de l'utérus. Ce dernier une fois extrait, on laisse la cavité péritonéale ouverte et on remplit le fond du vagin avec un tampon de gaze iodoformée. Cette manière d'opérer est simple et facile, elle ne s'accompagne point d'hémorrhagie et assure l'hémostase. Elle présenterait les avantages suivants: Recherche et exploration commodes des ligaments larges, impossibilité de léser les uretères, par suite du décollement préalable de la vessie, orientation facile pour placer les ligatures, grâce au maintien de l'utérus à la même place pendant toute la durée de l'opération.

Les inconvénients et les avantages de la *pince de Richelot* ont soulevé encore dans ces derniers temps de nombreuses polémiques, et la question ne paraît pas définitivement tranchée à l'heure actuelle. On a accusé ces pinces de ne procurer qu'une hémostase provisoire d'amener parfois le sphacèle des ligaments larges, de gêner le pansement, de retarder la guérison. Mais on a montré d'autre part que leur usage était des plus commodes, qu'elles réduisaient notablement la perte de sang ; enfin Richelot a montré que leur utilité était surtout grande dans les cas où leur application est difficile parce que dans ces cas la ligature des vaisseaux serait impossible (*Congrès de chirurgie*, 1889).

Une des causes les plus sérieuses de succès dans l'hystérectomie vaginale paraît être une meilleure application de l'*antisepsie*. Le vagin est rendu aseptique plusieurs jours à l'avance par des irrigations et par le séjour à demeure de tampons saupoudrés d'iodoforme. On pourra se faire une idée de résultats qu'on obtient par l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. Walther.

OBSERVATION

D'hystérotomie vaginale due à l'obligeance de M. Walther, chirurgien des hôpitaux.

Elisabeth G., âgée de 38 ans, couturière, entre le 24 avril 1892 à l'hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, où elle occupe le lit n° 18.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires. Le père serait mort d'hydropisie, mais sa mère, ses frères et sa sœur sont très bien portants.

Elisabeth G., ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Réglée à 12 ans, ses menstrues ont été très régulières jusqu'à ces deux dernières années où elles ont commencé à avancer de quelques jours. Jamais d'accouchement ni de fausses couches. La maladie actuelle remonterait environ à un an et demi. A partir de cette époque les règles deviennent plus abondantes que de coutume. Enfin il y a trois mois seulement qu'est apparu un ichor caractéristique, saigneux et nauséabond. Cette sécrétion infecte n'a fait que s'accroître. Les symptômes généraux se réduisent à peu de chose : léger amaigrissement, perte des forces, quelques troubles gastriques. Cette malade n'a jamais éprouvé de douleurs à une période quelconque de l'affection dont elle est atteinte.

M. Walther procède le lendemain de son entrée à l'examen physique. Le col présente un gros champignon, saignant au moindre contact et à bords indurés. Le doigt pénètre assez facilement derrière le néoplasme et on trouve que les culs-de-sac ont conservé leur souplesse. L'utérus

est mobile comme on peut s'en rendre compte par le palper bi-manuel. L'exploration attentive du bas fond de la vessie et du rectum ne révèle rien d'anormal. L'épithéliome est absolument limité au museau de tanche.

En face d'une dégénérescence maligne se présentant dans des circonstances aussi favorables, M. Walther se décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Pendant les huit jours qui ont précédé l'opération on fait chaque matin un lavage au sublimé et on tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée.

Le 7 juin, on chloroforme la femme et on procède à l'opération.

1° Désinfection du col : Raclage des bourgeons épithéliomateux à la curette tranchante, attouchement avec des tampons imbibés d'une solution de chlorure de zinc au 1/10, large injection de sublimé au 2/1000.

2° Incision du cul-de-sac antérieur, libération de la face antérieure de l'utérus, ouverture du cul-de-sac péritonéal. Incision du cul-de-sac postérieur, ouverture du péritoine. Application sur le ligament large gauche de deux longues prises à pression, section de ce ligament.

A droite, deux autres pincés à pression appliquées sur le ligament large et section de ce ligament.

Ablation de l'utérus.

La partie inférieure de la première pince placée sur le ligament large droit a laissé glisser une certaine quantité de tissu ; une pince hémostatique est placée sur une artériole.

L'hémostase complète étant assurée, le vagin est lavé avec une solution de sublimé au 2/000, puis tamponné à la gaze iodoformée.

Durée totale de l'opération, 26 minutes.

Dans la journée, aucune douleur ; le soir température 37°. La température reste normale les jours suivants ; la malade ne souffre pas. Les pincés sont enlevées le 9, 48 heures après l'opération. Lavage au sublimé, tamponnement iodoformé. A partir de ce jour pansements quotidiens.

La guérison a eu lieu sans aucun incident.

Le 2 juillet. — On constate à l'exploration, que le vagin est absolument souple, la cicatrice normale et qu'il n'y a aucune trace de récidive.

La malade part le 6 juillet pour le Vésinet.

Mais l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale ont trouvé des rivales souvent heureuses dans les hystérectomies parasacrées et périnéales.

1° *Périnéales*. — Les hystérectomies périnéales sont les premières en date. Wölfler, Henecke, Hegar, etc., font une incision périnéale dont la direction est variable suivant l'auteur. Le plus souvent la ligne d'incision est transversale et anti-rectale (1). Elle arrive au cul-de-sac de Douglas en décollant le vagin du rectum. Zweifel (*Über die parasacræ methode der total extirpation der gebärmutter Gesellschaft für geburtskunde zu Leipsig*, séance du 16 février 1891) a longuement étudié les procédés rivaux.

1. C'est de la façon dont est faite l'incision périnéale que provient le plus souvent l'insuccès ou le succès de l'opération (Pozzi).

Il croit que le principal avantage de la méthode de Wölfler est de respecter le sacrum et par conséquent les nerfs qui en partent. Arrivé au cul-de-sac de Douglas, il faut fortement renverser en arrière l'utérus et disséquer lentement et soigneusement la vessie et les uretères. On met des pinces à forcipressure sur tous les vaisseaux qui donnent, puis on ferme après extirpation de l'utérus et ligature des vaisseaux le péritoine en bas.

Otto Zückerhandl (*Wiener medicinische Presse*, 1889, n° 7), a proposé la voie périnéale par dédoublement de la cloison recto-vaginale au moyen d'une incision transversale.

Otto Frommel (3^e congrès des gynécologues Allemands *Centrallblatt f. gynæk.* 1889, n° 31) a appliqué avec succès ce procédé sur le vivant, Hégar le rejette à la suite de ses recherches sur le cadavre.

E. Zuckerhandl *Notiz über die Blosslegung der Beckenorgane. Wiener. Klin. Woch.*, 1890, n° 14, suit le procédé de Wölfler; son incision forme une légère concavité au niveau de l'ischion, elle aboutit en avant à la fourchette. Il pénètre ensuite dans la fosse ischio-rectale, désinsère et résèque une partie du grand fessier, extirpe le coccyx et les ligaments sacrosciatiques incise le releveur de l'anus, en détache le rectum

et le vagin, et excise le cul-de-sac de Douglas. Le reste comme précédemment. Pozzi préfère à toutes ces méthodes celle de Kraske qui lui paraît plus rationnelle. Les principaux avantages seraient de donner un jour très large, et de permettre l'hystérectomie quand celle-ci n'est plus possible par le vagin.

Voie sacrée. — La méthode de Kraske ne semble guère cependant devoir être acceptée que comme un pis aller. En effet, non seulement elle expose à la blessure des nerfs sacrés, mais encore elle est mauvaise en ce sens que la guérison est beaucoup plus longue à obtenir qu'avec l'hystérectomie vaginale. Cependant Czerny a publié trois observations nouvelles (*Centrallblatt für gynækologie*, n° 16, p. 318, 1891) qui démontrent que l'opération de Kraske appliquée à l'utérus peut donner d'excellents résultats. Voici la technique qu'il recommande. Désinfection soigneuse du vagin, section des culs-de-sac après orientation préalable et abaissement léger de l'utérus cancéreux, situation de la malade sur le côté, incision droite ou gauche suivant les cas, qui contourne le sacrum, ablation de la cinquième et au besoin de la quatrième vertèbre sacrée, distension du rectum et du vagin au moyen d'éponges, incision du péritoine ; renversement de l'utérus en arrière et

dissection soigneuse de la vessie et des uretères, ligature des artères qui se rendent à l'utérus. Czerny reconnaît lui-même les difficultés toutes spéciales qu'entraîne l'opération de Kraske. On a essayé récemment d'atténuer celle-ci.

Müller (*uber die sogenannte Methode der Tota extirpation des carcinomatösen Uterus, in Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte*, n. 2, p. 38, 15 juin 1891), a établi un parallèle entre l'hystérectomie sacrocoxygienne (méthode de Kraske) et l'hystérectomie vaginale. A certains points de vue on pourrait dire que la première est inférieure à la seconde. En effet, elle implique une sorte d'opération préalable nullement simple pour arriver à l'utérus. Il faut inciser largement la peau, réséquer le coccyx de la partie inférieure du sacrum, disséquer le rectum pour pouvoir le refouler de côté et arriver ainsi directement dans le cul-de-sac de Douglas. Ce temps opératoire donne lieu à des hémorrhagies assez fortes, quand on est obligé de sectionner les branches de l'artère sacrée moyenne ou même son tronc placé anormalement et les artères hémorrhoïdales. Il faut de 15 à 20 minutes pour se frayer ainsi un passage jusqu'à l'utérus. En outre, la cicatrisation de la plaie opératoire exige au moins 6 semaines, c'est-à-dire un temps double à celui de l'hystérectomie vagi-

nale. Mais Müller pense ainsi atténuer en partie ces inconvénients. Il réduit la longueur de l'incision cutanée au nécessaire, c'est-à-dire il la fait aller de l'extrémité inférieure du sacrum jusqu'à 1 centimètre de l'anus. Il croit que la résection de la moitié inférieure du sacrum est souvent inutile et que la résection du coccyx peut suffire. D'autre part on peut refermer la plaie par des sutures perdues et des points superficiels en ne ménageant une place que pour le drain vaginal. Mais même sans ces modifications l'opération de Kraske offre de sérieux avantages. Elle permet d'enlever plus complètement les tissus dégénérés et même d'extraire l'utérus quand l'opération est contr'indiquée par le vagin. Enfin elle simplifie beaucoup la fermeture de la cavité péritonéale. Aussi Müller croit-il que l'hystérectomie vaginale devrait être réservée pour les cas où l'on pratique actuellement l'amputation sus-vaginale.

L'opération de Kraske a été faite plusieurs fois en France, notamment par Terrier (*Bulletin médical*, 1891). Ce chirurgien a fait une communication intéressante sur ce sujet au Congrès de chirurgie français tenu à Paris en 1891.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de 52 ans atteinte d'un volumineux cancer

de l'utérus, atteignant le corps : le col était effacé, le vagin rétréci et résistant. Après incision des téguments et section du releveur il réséqua d'après le procédé de Kraske un lambeau osseux sacro-coccygien. Bien que l'utérus fut gros et maintenu par des adhérences, il parvint à l'attirer au dehors. Il procéda successivement à la ligature des ligaments larges, à la résection circulaire du vagin, et après avoir mobilisé ainsi la matrice à l'extirpation de l'utérus ; il y eut un léger sphacèle des lambeaux cutanés. Néanmoins la guérison s'effectua rapidement.

Le deuxième cas ne fut pas si heureux. Il s'agissait d'un cancer intra-utérin avec adhérences en arrière et envahissement du ligament large droit. Même opération que précédemment, mais rendue plus difficile par les nombreuses adhérences aux annexes ; l'uretère gauche fut par malheur serré dans une ligature. Mort le cinquième jour.

En définitive, l'opération de Kraske puisqu'elle donne un jour plus large que le procédé par la voie vaginale est soumise aux indications générales de celle-ci ; et il semble que lorsque le cancer s'est généralisé il faille renoncer à intervenir, quelle que soit la méthode que l'on désire employer.

HYSTÉRECTOMIE POUR CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

La méthode instituée par Martin de Berlin en 1884 semble avoir rencontré dans le monde médical une opposition de plus en plus vive. L'opération de Battey-Hegar, c'est-à-dire l'ablation des ovaires, aurait donné dans les mains de nombre de chirurgiens étrangers des résultats si satisfaisants, qu'ils n'ont guère l'idée de recourir à l'hystérectomie vaginale pour des cas de fibromes de l'utérus. Lawson-Tait dit formellement dans son ouvrage que la castration des ovaires suffit dans tous les cas. En France on est un peu moins exclusif, tout en restreignant considérablement la part de l'hystérectomie. Il faut dire aussi que les succès obtenus avec le massage (*Thure-Brands*) l'électricité à haute tension (*Apostoli*), les injections d'eau chaude, le curettage de l'utérus (l'endométrite fongueuse paraît la véritable cause des hémorrhagies dans les corps fibreux) ont beau-

coup refroidi le zèle des chirurgiens, pour l'intervention sanglante. Des hommes dont l'éloge n'est plus à faire, tels que Spencer-Wells et Keith, ce dernier cependant interventionniste dans le cas de cancer (*on the removal of the uterus for cancer British medical journal*, 1891), 10 janvier se sont prononcés énergiquement en faveur des méthodes palliatives.

Sans nier les grands services qui ont rendu à beaucoup de malades l'hystérectomie, et qu'on peut résumer de la façon suivante : suppression complète et rapide du myome, le praticien ne se hasarde plus guère à tenter l'ablation de la tumeur que pour des raisons très graves, il recourt plus volontiers aux méthodes palliatives parce que les cas de mort causés par l'intervention sanglante sont encore effrayants. Aussi si le myome est tolérable, si la patiente arrive malgré la tumeur à vivre tant bien que mal, on comprend que malade et médecin hésitent à courir des chances aussi risquées. Spencer Wells, l'ovariotomiste célèbre que l'on ne peut certes pas accuser de pusillanimité, s'est déclaré partisan des méthodes palliatives principalement de l'électrolyse du Dr Apostoli, Thomas Keilh, le gynécologue bien connu d'Edimbourg, s'exprime de la façon suivante sur l'interven-

tion sanglante : « Je dois déclarer ici de propos délibéré que l'hystérectomie abdominale et vaginale est une opération qui a fait plus de mal que de bien et que sa mortalité est hors de toute proportion avec les bénéfices qu'en retiennent un petit nombre de malades. Quelle est en effet la mortalité moyenne pour tous les chirurgiens de cette opération que l'on pratique maintenant si souvent et si inutilement ? Nous ne la connaissons jamais, mais j'estime qu'elle est au moins de 25 o/o et elle doit même être beaucoup plus élevée. Si je me trompe, que mes contradicteurs me le prouvent en donnant comme moi leur statistique intégrale. Ainsi donc une femme sur quatre opérées d'hystérectomie meurt du fait de l'ablation d'une tumeur qui rarement abrège par elle-même l'existence et qui a un processus assez limité. Mais je déclare que nous n'avons pas le droit de faire courir à une malade un péril aussi grave comme on le fait tous les jours, et il est triste de voir qu'on jette dans la chirurgie abdominale par dessus bord toute responsabilité. » Playfair, ébranlé par des exemples venus de si haut, pense que la méthode électrique ayant mérité l'approbation de Spencer Wells et de Keith, doit attirer l'attention de tous les praticiens ; il a expérimenté

le traitement palliatif et reconnaît qu'il existe encore bien des points obscurs, mais néanmoins dans beaucoup de cas on ne saurait nier que les résultats ont été excellents.

Au contraire, Martin continue à se montrer partisan de l'hystérectomie totale dans les cas de myomes (*Über myöme operationem in zeitschrift für geburtshulfe und gynækologie*, vol. XX, § 1).

Si les tumeurs sont petites et si l'utérus est encore mobile on pratiquera l'hystérectomie par la voie vaginale ; quand il s'agit de tumeurs plus volumineuses qui doivent être attaquées par la voie abdominale, on s'efforcera de faire une ablation partielle et de conserver les trompes, les ovaires et une portion de l'utérus suffisante pour l'accomplissement régulier des fonctions génitales. Dans cet ordre d'idée, l'énucléation du myome après ouverture du ventre est très recommandable.

Mais si après l'opération l'utérus ou plutôt ce qui en reste ne peut suffire à la vie génitale, il faut en pratiquer l'extirpation totale. Léopold a étudié soigneusement le traitement applicable aux fibromyomes de l'utérus dans une article paru dans les *Archives de gynécologie allemandes* (*die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Enuclea*

tion, castration, myomotomie und vaginal total extirpation archives f. gynæk, XXXVIII, § 1, p. 1890). Suivant cet auteur le choix du procédé opératoire dépendrait du siège et de l'état des annexes. L'ergotine, l'électricité, etc., ne réussiraient convenablement que dans les cas de myomes interstitiels ; du reste, ces moyens ne sont que palliatifs, avec eux on ne saurait prétendre faire disparaître la tumeur.

La myomotomie est l'opération de choix ; quand la tumeur est difficilement énucléable et les myomes multiples on se résoudra à l'hystérectomie. Ces gros myomes réclament la voie abdominale ; quant à l'hystérectomie vaginale elle ne serait pas plus dangereuse que la castration et plus efficace. Martin avait laissé indécise la question du traitement intra ou extra-péritonéal du pédicule. Terrillon a fait sur ce point une communication intéressante au congrès de chirurgie de 1890 (*Bulletin médical* du 29 avril 1891). Quand on laisse le pédicule au dehors au lieu de suivre la pratique de Schröder, on obture suffisamment le péritoine en serrant fortement la boutonnière abdominale autour du pédicule qui la traverse. Pour cela on saisit les deux chefs entrecroisés de la ligature élastique, pour laquelle on emploie une sonde rouge en caoutchouc n° 14 avec une pince à

clasp ordinaire, puis on pose au-delà de la pince une forte ligature avec un cordonnet de soie. Un double nœud solidement serré arrête cette anse de fil dont les deux chefs sont ensuite coupés. Pour dessécher le pédicule le meilleur moyen est de le recouvrir d'un mélange de tannin et d'iodoforme. Sur 26 malades 3 seulement sont mortes emportées par des septicémies diverses.

Si on rentre le pédicule dans le ventre avec la ligature en caoutchouc ou ligatures perdues, il faut que le pédicule soit assez mince et assez résistant pour qu'on puisse appliquer une ligature élastique circulaire, cette dernière doit être faite de telle sorte que le cul-de-sac supérieur de la vessie ne soit pas emprisonné.

La cautérisation au fer rouge de toute la surface de section est absolument nécessaire et on doit la recouvrir en outre de poudre d'iodoforme. Quelquefois il est requis de poser des ligatures sur les lambeaux des ligaments larges. Sur 28 hystérectomies ainsi pratiquées, l'auteur n'a eu que trois morts dues à la péritonite et à une hémorrhagie. Ajoutons en terminant qu'on a opéré ces derniers temps des hystérectomies vaginales pour des gros fibromyomes en recourant au morcellement de l'utérus.

HYSTÉRECTOMIE POUR POCHE PURULENTES MULTIPLES DU PETIT BASSIN.

En 1890, (1) dans une communication à l'Académie de médecine sur le traitement des abcès pelviens, M. Péan recommanda de pratiquer l'hystérectomie vaginale dans certains cas de collections purulentes péri-utérines, déclarant que cette opération était bien préférable à la laparotomie et comme bénignité et comme résultats définitifs. Une statistique très satisfaisante publiée par lui où il y avait 60 guérisons sur 60 cas opérés d'après la méthode nouvelle venaient appuyer et confirmer ces affirmations. Néanmoins cette tentative resta isolée jusqu'à la communication du Dr Segond à la Société de chirurgie. Les nouvelles idées soulevèrent une violente opposition. M. Pozzi se déclara son adversaire résolu (2). MM. Terrillon, Terrier, etc., se bornèrent à dire que l'opération de l'hystérectomie ne leur semblait indiquée que quand il y avait récurrence de pelvi-péritonite, ou foyers purulents très difficilement opérables par la voie ordinaire. M. Doléris dans un article paru dans les *Nouvelles archives de gyné-*

1. Voir *Bulletin de l'académie de médecine*.

2. Voir pour cette discussion le *Bulletin de la société de chirurgie*.

cologie déclare que les cas décrits par MM. Péan et Segond constituent une véritable rareté dans la pratique et que tous les autres cas sont justiciables de la laparotomie abdominale. Dans un récent article, (1) M. Ledentu s'est prononcé en règle générale contre l'hystérectomie vaginale dans les cas de collection pelvienne dont il a mis en relief les dangers tels que perforation de la vessie, de l'uretère et du rectum, et les difficultés considérables du manuel opératoire. Le choc traumatique serait plus considérable que ne l'ont avoué les auteurs précédents. D'ailleurs Segond, pas plus que Reclus et Nélaton, qui seuls à la Société de chirurgie ont embrassé franchement sa manière de voir ne se sont préoccupés suffisamment de ce que devenait la menstruation après l'hystérectomie. En effet, ils supposent dans les cas fréquents où l'on est forcé de laisser les annexes, que ceux-ci s'atrophient à la longue. Or, Grammaticati n'est point de cet avis. (2) L'erreur proviendrait, dit-il, de ce qu'on pratique toujours ou à peu près l'hystérectomie chez des cancéreuses, la plupart âgées; dans le cas contraire il pourrait survenir des dysménorrhées très tenaces et très pénibles. Quoiqu'il en soit, voici l'analyse du mémoire de Segond.

1. *Gazette des hôpitaux*, avril 1892.

2. Voir *Prager Vierbbjahrchrift*, 1891.

Voir l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines par Paul Segond (*Bulletin de la société de chirurgie*, XVII, p. 153 1891).

Il a pratiqué 23 fois l'hystérectomie vaginale totale et a eu 19 guérisons et 4 morts. Suivant Paul Segond l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppuration pelvienne, qu'on traite aujourd'hui par la laparotomie avec ablation des parties malades; les indications de l'hystérectomie envisagées dans leur ensemble sont donc, exactement semblables à celles de l'ablation des annexes par la laparotomie. Mais l'opération par la voie vaginale doit être uniquement réservée aux cas dans lesquels l'ablation bilatérale des annexes est elle-même nécessaire. Dans les cas d'abcès pelviens qui paraîtront curables par l'incision simple au niveau d'un point quelconque de la paroi abdominale et dans le vagin, il ne saurait être question d'hystérectomie. Cette règle s'applique non seulement aux hématocèles suppurées et aux collections phlegmoneuses récentes sur lesquelles tous les chirurgiens sont d'accord, mais concerne aussi les quelques variétés rares d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne, que l'on peut à la rigueur guérir par l'incision vaginale.

Le manuel opératoire dut être exactement celui indiqué par Péan, c'est-à-dire morcellement de l'utérus plus ou moins fixé par des adhérences, par conséquent il est inutile de parler des ligatures, seule la forci pressure est applicable. On fera mettre les malades dans la position dorso-sacrée qui est la plus commode, sauf pour le cas où l'utérus très élevé est absolument immobilisé par des adhérences qui ne cèdent pas aux tractions.

Le manuel opératoire consiste après incision de la muqueuse vaginale et libération du col aussi haut que possible par décollement à faire le morcellement qui est pratiqué par étapes successives ; chacune des étapes comprend quatre manœuvres principales.

1° Libération des faces antérieures et postérieures de l'utérus ; 2° Section des ligaments larges ; 3° Division en deux valves de l'utérus rendu libre en partie par les manœuvres précédentes ; 4° Excision des deux valves ainsi obtenues.

L'ablation suffit lorsque les collections péri-utérines peuvent être largement ouvertes, mais si le pus n'a pu être délogé pendant l'hystérectomie des régions qu'il occupait, il faut aller à la recherche des foyers, crever les poches qui tombent dans la cavité opératoire ou

pratiquer l'ablation des annexes. Du reste, il ne faut enlever avec les pinces que ce que l'œil peut constater.

On laissera 48 heures en places les pinces de Richelot sur les moignons du ligament large, et pendant tout ce temps on maintiendra une sonde à demeure.

Le troisième jour on enlèvera les lanières de gaze iodoformée situées entre les pinces et on pratiquera des injections antiseptiques.

En définitive Segond préfère la castration utérine à la castration ovarienne.

1° Parce que l'opération lui semble moins grave; 2° parce qu'elle donne des guérisons plus complètes et plus durables; 3° parce qu'on évite une cicatrice difforme susceptible d'éventration; 4° parce qu'elle ne condamne pas la malade à porter indéfiniment une ceinture. Comme accidents possibles Segond signale la déchirure de la vessie et du rectum. Il ne peut parler de résultats éloignés de l'opération parce que ces cas sont trop récents. Depuis, Jacob, en 1891, a publié le résultat d'un certain nombre d'opérations dont le but et la méthode sont identiques à celles de Segond et Péan. Ses résultats ont été excellents. C'est donc une question qui est encore loin d'être tranchée.

HYSTÉRECTOMIE POUR INVERSION UTÉRINE

Cette indication ne nous offre rien de bien spécial pour la période à laquelle nous avons limité notre étude. Il semble que certains procédés, très employés autrefois, tels que l'excision par l'écraseur linéaire, tendent à être rejetés définitivement. En effet elle est lente, très douloureuse, elle expose aux blessures des organes voisins et met moins qu'on l'avait cru à l'abri des hémorrhagies. Il en est de même de l'excision par la ligature élastique, le clamp.

Cependant la ligature élastique avait donné des succès à Perrier et à Lefort (*Bulletin de la société de chirurgie*, 1887). En Allemagne, en Angleterre et même en France, on a de plus en plus de la tendance à recourir à l'instrument tranchant. Parfois on se borne à amputer avec le bistouri au-dessous de la ligature élastique.

Il est bien entendu qu'on ne recourra aux procédés sanglants que lorsque la compression longtemps continuée n'a pas donné de bons résultats. Les cas justiciables de l'hystérectomie sont en définitive fort peu nombreux (Pozzi).

HYSTÉRECTOMIE POUR PROLAPSUS UTÉRIN

Martin et ses élèves ont parfois amputé l'utérus prolapsé qu'il avait été impossible de réduire par les moyens habituels. Il est inutile de faire ressortir combien cette indication d'hystérectomie vaginale doit être rare.

Le bilboquet de Nélaton maintenu par la pression atmosphérique ou par une ceinture de cuir, la colpopérinéorrhaphie, le massage, suffisent dans les cas ordinaires. Dans les cas légers le plus souvent les pessaires en anneau suffisent. Enfin l'hysteropexie (voir les deux intéressantes thèses de Dumoret et Marcel Baudouin) donne des secours inespérés dans les cas les plus défavorables.

Nous croyons avec Schauta (*Indications de l'hystérectomie vaginale*. Berlin, 1891) qu'il ne faut recourir à l'hystérectomie que dans certaines circonstances exceptionnelles : 1° quand des adhérences anciennes rendent l'utérus irréductible ; 2° quand l'utérus est compliqué de myome. Schauta croit en outre qu'on pourrait extirper l'utérus quand il existe une endométrite fongueuse que n'auraient pas pu faire disparaître des curettages répétés de l'utérus.

HYSTÉRECTOMIES POUR FIBROMYOMES

- Bantock.** — Supra vaginal hystérectomy for fibroids.
British medical journal. London, 1889, § 1, p. 78.
- Homans.** — Hystérectomy for the removal of an utérine
fibroid ; cure, Boston medical journal, 1889,
CXX, p. 80.
- Winslow.** — A successful case of vaginal hystérectomy for
fibroids. Medical News Philadelphia, 1889, § 39-
41.
- Cabot** — Twenty five cases of laparotomy for the removal
of tumours. Boston medical journal, 1889, CXX,
p. 29 à 35.
- Madden.** — Extirpation of utérus during pregnancy for
subperitoneal fibromata. Lancet London, 1889,
p. 271.
- Duchamp.** — Quatre observations d'hystérectomies tota-
les par le vagin avec guérison. Loire médicale,
Saint-Etienne, 1889, p. 29-32.
- Meredith.** — A case of locked fibroids treated by supra-
vaginal hystérectomy.
- Pearce.** — Complete removal of the uterus and its appen-
dages for fibroid-cystic growths. J. Amer. med.
Ass. Chicago, 1889, 444-446.
- Terrillon.** — Leçons de cliniques chirurgicales. Paris,
1889.

- Secheyron.** — Traité de l'hystérectomie. Paris 1889.
- Benjamin.** — Hysterectomy fort large fibromyoma Me.d.
et surg. Reporter Philadelphia, 1889, p. 681.
- Koteljansky.** — Ten cases of cysts and four extirpation
of uterus per vaginam. Médical obozi, Moscou,
1889, p. 571-591. Analysé par Boston journal 1889.
- Gutiérrez.** — La hystérectomia en Espana Madrid, 1889.
- Loreta.** — Fibromyomes multiples hystérectomie gazette
dell Ospedale Milan, 1889, p. 315.
- Tillaux.** — Utérus kystique hystérectomie abdominales
annales de gynécologie et d'obstetrique, Paris
1889, XXXII, 2-8.
- Spøelh.** — Ein fall von vaginaler Total extirpation des
Myomatosen utérus, centrallblatt fur gynécologie,
1889, p. 609-612.
- Glasgow.** — A case of la parohysterectomy fur multiple
fibroids of the uterus. Weekly med. Rew Saint-
Louis, 1889, p. 221-223.
- Tait.** — Clinical lecture ou utérine myoma, British médi-
cal journal. London 1889, p. 299.
- Werder.** — Hystérectomy for a case of enormons fibria-
cystic tumor of the utérus, recovery, M. Orleans,
M. J. 1889, p. 247.
- Macphatter.** — Large oedematous myoma, hysterectomy
recovery. Médical recencer. New York, 1889, p.
515.
- Polailon.** — Fibromyome du corps de l'utérus ; hysté-
rectomie abdominale, guérison, aliénation menta-
le consécutive à l'opération. Union médicale Pa-
ris 1889, p. 582

- Vance.** — Fibromyoma of the uterus, hysterectomy death from Schock. American practitioner. Louisville, 1889, p. 331.
- Winslow.** — Supra vaginal Hysterectomy for multiple uterine myomata. Maryland med. journal, 1889-1890, p. 150.
- Bantock.** — Cases of fibroid tumors of the uterus and their treatment med. Presse and. Circular London, 1889, p. 573.
- Miller.** — Four cases of supra vaginal hysterectomy for fibromata. Annales of gynækologie. Boston 1889-1890, p. 145.
- Helmuth.** — Supra vaginal hysterectomy for myo-fibroma of the uterus M. Am. Homœopathie. New-York 1890, p. 101.
- Goffe.** — Soft fibroid of the uterus hysterectomy American journal of. Obstetric. New-York, 1890, p. 307.
- Price.** — The dry extra-peritoneal treatment of the stump in hysterectomy. Transaction of Amer. gynæk. soc. Philadelphia, 1889, p. 149.
- Trenholme.** — Report of nine cases of hysterectomy for uterine fibroids new. method. of treating pedicle Canada med. recenser. Montreal, 1889-1890, p. 97.
- Battes.** — Die supra vaginale amputation des graviden. Uterus wegen Myom. Bonn 1890, etc., J. Bach.
- Goffe.** — A new method. : the intra-abdominal but extra peritoneal method of disposing of the pedicle in supra vaginal hysterectomy for fibroid tumors.

- With report of four succenfull cases. Amer. journal of. obst. New-York, 1890, p. 392.
- Von Winiwarter.** — Démonstration d'un volumineux fibrome kystique de l'utérus extirpé par laparohystérectomie. Société médico-chirurgicale de Liège, 1890, p. 131.
- Douglas.** — Hysterectomy for œdematous fibroid, recovery New-York medical journal 1890, p. 71.
- Mac Murty.** — Large uterine myoma, supra vaginal hysterectomy recovery. Medical Progress, Louisville, 1890, p. 828.
- Wilson.** — Hysterectomy for large subperitoneal fibroid med. et surg. Reporter Philadelphia, 1890, p. 86.
- Atherton.** — Hysterectomy for large fibrocystic tumours. Canada Practitioner Torento 1890, p. 391.
- Schauta.** — Die indication stellung der Vaginalertotal extirpation Wienn. med. Bl. 1890, p. 551, id Munch. med. Woch 1890, p. 570.
- Lauwers.** — Pathologie et traitement des myomes utérins. Bruxelles 1890 et Manceaux.
- Duret.** — Du traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par fibromes utérins. J. des Sciences méd. de Lille, 1890, p. 145.
- Matlakowsky.** — Myomes multiples de l'utérus laparohystérectomie, guérison. Varsovie 1890.
- Péan.** — Du manuel opératoire de l'hystérectomie totale vaginale. Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris 1890, p. 574.
- Rosenwasser.** — Multiple fibroid of Uterus supra vagi

nal hysterectomy dealh. Eleveland M. Gazette,
1889-90, p. 492.

Van Lennep. — Enormous fibrocystic tumors of the Uterus hysterectomy. Hahneneman. Monthly. Philadelphia, 1890, p. 641.

Martin. — Uber Myome operationen. Zeitschrit fur geburtshulfe und gynœkologie, 1890, XX, p. 1.

Montgomery. — Myomata uteri and supravaginal hysterectomy. J. am. méd. Ass. Chicago, 1890, p. 606.

Martel. — Hysterectomie vaginale pour corps fibreux. Gazette médicale de Paris, 1890, p. 432.

Bonnano. — Di un nuovoklamp nella isterectomia per fibromyomi. gaz. med. di Roma, 1890, p. 449.

Roos. — Extirpation d'un myome utérin et de l'utérus par la méthode de Kraske. Helsingfors, 1890.

Cinti. — Amputazione sopravaginale del Utero per fibromyoma solto mucoso iccoryzata, trattamento extra-péritonéale del pedunculo guarigione sperimentale Firenze, 1890, p. 238.

Lawson-Tait. — Myoma uteri-hysterectomy, med. J. of. Luicester, 1891, p. 16.

Ascher. — Zur Casuistic of. Myome operationen. Z. f. geburtshulfl und gynœkologie, 1890, p. 307.

Richelot. — L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie. Bulletin de la société de chirurgie, 1890, p. 651.

Cushing. — Uterus containing a polyp and otther myomata removed ty supravaginal hysterectomy Boston médical journal, 1891, p. 187.

- Kelly.** — A case of extirpation of the uterus for fibroids.
Glasgow med. journal, 1891, p. 189.
- Sutton.** — Remarks on the surgical treatment of fibroid tumors of the uterus. med. News. Philadelphia, 1891, p. 210.
- Mac Intyre.** — Removal of immense oedematous myoma with uterus and appendages. Saint Louis med. journal, 1891, p. 137.
- Lawson Tait.** — Case of softœdematous myoma of the uterus treated after complete failure of electrolysis by hysterectomy. med. press et circul. London, 1891, p. 266.
- Vulliet.** — Coup d'œil synoptique sur les différents procédés chirurgicaux employés pour obtenir la cure radicale des fibromyomes utérins. Paris, 1891, p. 49.
- Ethrsidge.** — Hysterectomy for enormous fibroma of the uterus. Transaction of Amer. gynœk. soc., 1890, p. 352.
- Pichevin.** — Volatilisation du pédicule extrapéritonéal et réunion immédiate secondaire de la plaie pédiculaire dans l'hystérectomie abdominale pour corps fibreux. Médecine moderne. Paris, 1891, p. 259.
- Mackenrodt.** — Beitrag zur Myome operationen nach A. Martin. Zeitschrift Geburts, 1891, p. 224.
- Codivilla.** — Hysterectomia supravaginale per fibromyoma con tratamiento extrapéritonéale del pedonculo. Bull. de sc. méd. de Bologne, 1891, p. 134.
- Girard.** — Hystérectomie totale supravaginale et ovario-

- tomie droite pour cystomyome de l'utérus Dauphiné médical Grenoble, 1891, p. 47, 49.
- Lihotsky.** — Zur extirpation utéri-myomatosi abdominalis, Vienne. Klin. Woch 1891, p. 485.
- Tansini.** — Amputazione supravaginale dell utero et delle ovage per fibromyoma uterino guarigione Rassegna di sc. med. Medene 1891, p. 241.
- Baer.** — A case of fibrisarcoma of the. Uterus complicated with pregnancy treated by hystérectomy. An. gynœk et Pœdiaq Philadelphie, 1891, p. 102.
- Dorsett.** — A case of laparohystérectomy for a large murale intramural fibroma. Weekly. med. Rev. Saint-Louis, 1891, p. 405.
- Quénu.** — Hystérectomie vaginale pour fibrome utérin, section médiane de l'utérus comme procédé de morcellement. Bulletin de la Société de chirurgie, 1891, p. 505.

HYSTÉRECTOMIE POUR INVERSION UTÉRINE

- De Saint-Moulin et Stocquart.** — Inversion utérine complète, ablation de la matrice et guérison. Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles, XXXVI, p. 674-682.
- Negretti.** — Caso de prolapso completo del utero extirpatione totale dall vagin guarigione, gaz. de osp. Milano, 1890, p. 482.

- Le Bec.** — Inversion totale de la matrice irréductible produite par un fibromyome, hystérectomie par un lien élastique. Guérison. *France médicale*, Paris, 1890.
- Schauta.** — Die Indicationstellung der Vaginalen total extirpation. *Arch. f. gynæk.* Berlin, 1890-91, p. 155.
- Sergreff.** — Amputatio of matrice for chronic post partum. Inversion. *S. Petersburg*, résumé dans *Boston, med. journal*, 1890.
- King.** — Removal of uterus and the appendages for prolapses, *am. j. of obst.* New-York, 1891, p. 203.
- Goullioud.** — Hystérectomies pour cancer utérin et prolapsus. *Lyon médical*, 1891.

HYSTÉRECTOMIES POUR CANCER

- Bifardt.** — Two cases of alveolar sarcoma of the uterus. *Am. J. Obst.* New-York, p. 1889-XXI.
- Malaret.** — Cancer de l'utérus. Etude du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Difficultés, dangers, résultats immédiats. Bordeaux, 1888.
- Hunter.** — Malignant degeneration of a uterine fibroid. scandary carcinoma of the lungs, *amers journal of obst.*, 1889, p. 74.
- Secheyron.** — Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale. Paris, 1889.
- Abbat.** — Report of a case of vaginal hysterectomy for

- cancer. Northwest. Lancet, Saint-Paul, 1889, p. 43.
- Hunter.** — Vaginal hysterectomy for epithelioma corporis utéri. Am. J. of obst., 1889, p. 159.
- Pozzi.** — Indication et technique de l'hystérectomie pour cancer. Congrès de chirurgie, 1888, procès-verbal, p. 392.
- Montgomery.** — Epithelioma of the cervix-vaginal hysterectomy. Philadelphia medical Times, XIX, p. 409.
- Barraud.** — Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer de l'utérus. Paris, 1889.
- Hocheneg.** — Die sacrale operation methode in der gynecologie. Wien. Klin. Woch., 1889, p. 171.
- Jacobs.** — De la cure radicale du cancer utérin par l'hystérectomie vaginale totale. J. de méd. et de chirurgie de Bruxelles, 1889, p. 134.
- Lewers.** — A case of extirpation of the uterus for primary carcinoma of the Body. In obst. soc. of London, XXX, p. 218.
- Zweifel.** — Total extirpation einer carcinomatosen gebärmutter in 6 monat der Schwangerschaft Centrall-
blat f. gynec., 1889, p. 193.
- Von Beck.** — Ein fall von osteoplastischen Résection des Kreuzsteissbeins mit nachfolgender extirpation eines carcinomatosen uterus. Munch méd. Woch. 1889, p. 229 (procédé Hégar).
- Buzzachi.** — Isterectomia dalla vagina per cancro. Gaz. d. osp. Milano, 1889, p. 59.
- Cushing.** — Five consecutive successoul cases of vaginal

- hysterectomy for malignant diseases. Boston, M. J., 1889, p. 484.
- Wather.** — Hysterectomy for malignant diseases of the uterus. Tr. Am. obst. Philadelphie, 1889, p. 255.
- Bœrner.** — Uber vaginale Total extirpation des carcinomatosen uterus. Wien. méd. Woch., 1889, p. 272.
- Duchamp.** — De l'hystérectomie totale par le vagin dans les cancers du col de l'utérus. Lyon médical, 1889, p. 549.
- Rubeska.** — Vaginal hysterectomy for cancer a contribution to the statistic of the operation. J. Am. M. Ass. Chicago, 1889 (traduit en anglais par Church).
- Esquerdo.** — Una hysterectomia vaginal por cancer del Uterro. Rev. de méd. Barcelona, 1889, p. 9.
- Felsenreich.** — Total extirpation des uterus per vaginam wegen carcinum des ganzen cervix. Wien. méd. Presse, 1880, 1025.
- Terrillon.** — Hysterectomie abdominale pour tumeurs malignes du corps de l'utérus. J. de méd. de Paris, 1889, p. 327.
- Uspensky.** — Funf fälle von total extirpation des uterus nach der Freundschen methode, z. f. geburtshulfe und gynœkologie, 1889, p. 335.
- Albert.** — Carcinoma uteri total extirpation Heilung, in Eder. Arz. Bericht. Wien. 1889, p. 173.
- Von Braun.** — Id., p. 193-194.
- Mohr.** — Uber total extirpation des carcinomatosen uterus gravidus per vaginam. Halle 1889, chez Beyen.
- Baer.** — Two cases of vaginal hysterectomies for epithe-
- Marty 7

lioma of the uterus. Maryland. med. j. Baltimore
1889-1890.

Montgommery. — Two cases of vaginal hysterectomies
for cancer, *ibid.*, p. 164.

De Ott. — Hysterectomies pour tumeurs malignes. *Annale
de gynécologie.* Paris, 1889, p. 327.

Tuttle. — Hysterectomy for cancer. *Am. Soc. Obst.* 12
New-York, 1890, p. 68.

VonBeek. — Die esteoplastische Resection des kreuz-
steissbeines zur Freilegung des Uterus bei carci-
nome, z. fur Geburts. und gynak, 1890, p. 37.

Bishop. — Carcinoma uteri-suprovaginal hysterectomy.
Lancet 1890. London, p. 130.

Dâle. — Vaginal hysterectomy for cancer of the uterus
Tr. méd. soc. of arkansas, 1889, p. 92.

Terrillon. — Communication à propos de deux observations
d'hystérectomies pour tumeurs malignes intra-uté-
rines. *Bulletin et mémoire de la Société de gyné-
cologie de Paris*, 1889. p. 203-206.

Munchmeyer. — Uber die endergebnisse und weitere
Ausdehnung der vaginal total extirpation der
gebarmutter an der Koniglichen Frauenklinik of
Dresden archives f. gynek. Berlin, 1889, p. 424.

Perignon. — Epithélioma du col de l'utérus, hystérecto-
mie vaginale. *J. de sc. méd.* de 1890, p. 32.

Mangiagalli. — Dodici isterectomie vaginali par carcinoma-
An. de Ast. Milano, 1890, p. 48.

Largeau. — Note sur un cas de sarcome fasciculé de
l'utérus traité par l'hystérectomie. *Mort. chez
Mercier.*

- Col.** — The limits of vaginal hystérectomy for cancer of the uterus. Am. journ. of obst. New-York, 1890, p. 587.
- Frommel** — Uber total extirpation des uterus von Damme aus : verhand. des deutsch. geselt. von Leipsig, 1890, p. 285.
- Holmes.** — Vaginal hysterectomy for uterine cancer Montreal med. journal, 1890, p. 809.
- King.** — Vaginal hystérectomy for malignant diseases of the uterus. Am. J. of obst., 1890, p. 620.
- Moulonguet.** — Hystérectomie vaginale pour cancer du col de l'utérus. Guérison. Gazette médicale de Picardie. Amiens, 1890, p. 37.
- Sinclair.** — A case of vaginal hysterectomy for cancer méd. chir., Manchester, 1890, p. 103.
- Gottschalk.** — Zur nachbehandlung der vaginal. Total Extirpation des utérus. Centralblatt f. gynek., 1890, p. 443.
- Mallakorsky.** — Extirpation pour cancer de l'utérus Gazette médicale de Varsovie, 1890, p. 534.
- Smith.** — Cancer de l'utérus, grossesse, placenta previa extirpation de l'utérus, guérison. Amer. J. of obst., 1890, p. 94.
- Keith.** — On removal of the uterus for cancer. British méd. jour., 1891, p. 58.
- Muller.** — Uber die sogenannte sacrale methode der. Total extirpation der carcinomatose Uterus. Corr. bl. f. Sweizer-Artze, 1891, p. 38.
- Taylor.** — Cancer of the cervix uteri with pregnancy vagi-

nal hysterectomy recovery. Méd. rec. New-York, 1891, p. 259.

Brewis. — On the opérative treatment of cancer oh the cervic. utér. Edimb. méd. j., 1891, p. 1002.

Cushing. — Vaginal hysterectomy for cancer report of 21 cases (19 guérisons, 2 morts). Boston, méd. j., 1891, p. 547.

Dakin. — Sarcomatous uterus removed by vaginal hystérectomy. Tr. obst. of London, 1891, p. 139.

Schauta. — Indicationen und Technik der vaginal operationen. Berlin, 1891, chez Fischer.

Casati. — Nota clinica su di un caso di utéro canceroso esportate per la via del sacro. Forli, 1891.

Goullioud. — Hystérectomies pour cancer utérin et pour prolapsus. Lyon médical, 1891, p. 389.

Layral. — Deux observations d'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus. Loire médicale, 1891, p. 185.

Schwartz. — Cancer du col de l'utérus, hystérectomie vaginale. Revue générale de clinique et de thérapeutique, Paris, 1891, p. 177.

Schwartz. — L'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin. Gaz. des hôpitaux de Paris, 1891, p. 1005.

Vu : Le Président de la thèse,
LABOULBÈNE

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

